

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N° 383

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice GILLI

Né le 25 Décembre 1907, à Nice (Alpes-Maritimes)

LES GUÉRISONS SPONTANÉES
DE
LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

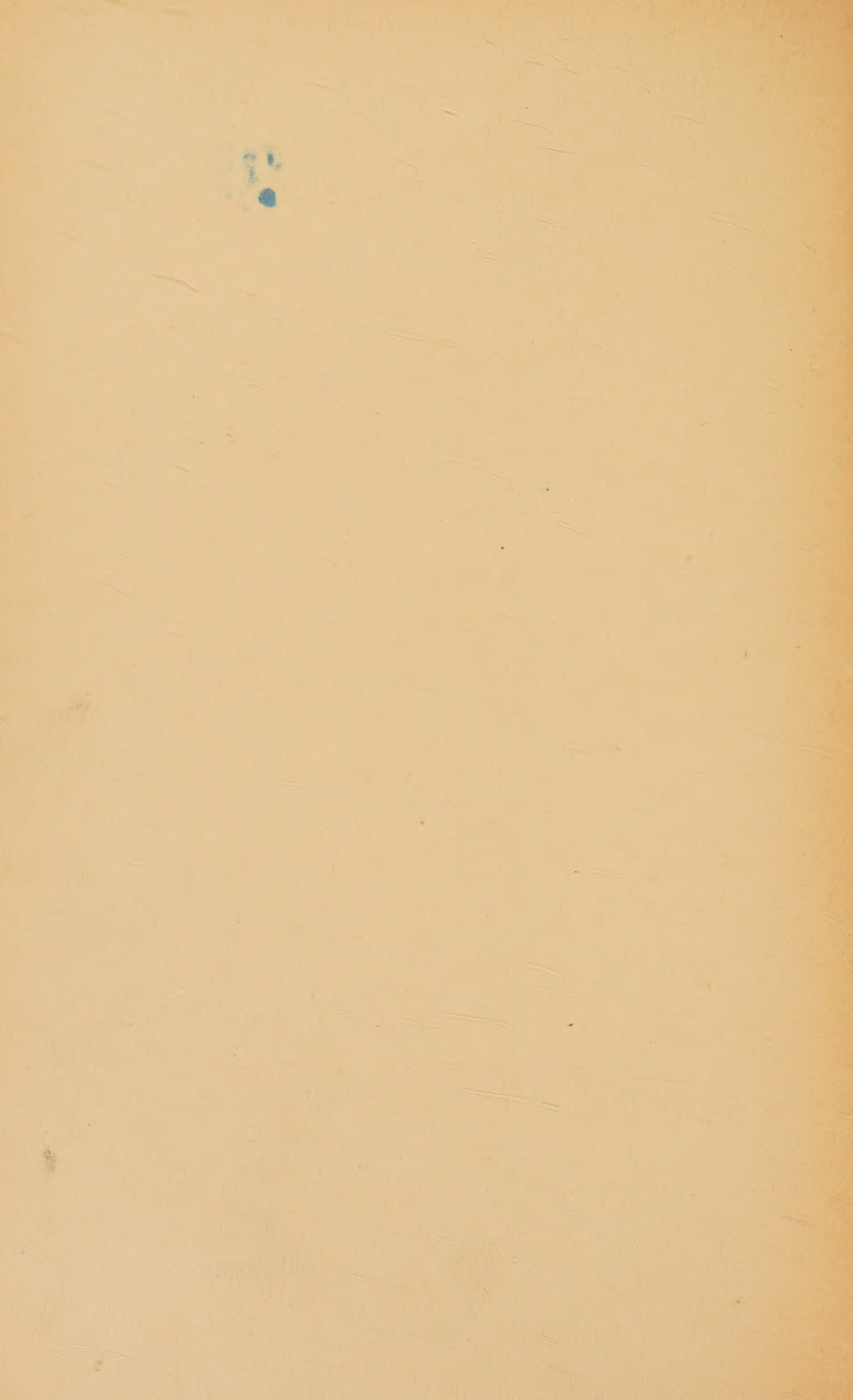
Président de Thèse : M. Fernand BEZANÇON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934



LES GUÉRISONS SPONTANÉES
DE
LA TUBERCULOSE PULMONAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Maurice GILLI

Né le 25 Décembre 1907, à Nice (Alpes-Maritimes)

LES GUÉRISONS SPONTANÉES
DE
LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président de Thèse : M. Fernand BEZANÇON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNéo.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILL'S. Pathologie chirurgicale
PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale
AUBERTIN		LE LORIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

le DOCTEUR J.-M. GILLI

Médecin du Dispensaire Antituberculeux
et de l'Hôpital Lenval, à Nice
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

A MA MERE

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS ET AMIS

A MON ONCLE :

le DOCTEUR LOUIS CIAUDO

Chirurgien-Accoucheur en Chef des Hôpitaux de Nice

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma profonde affection.

A MES MAÎTRES

durant mon Internat
à l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

Mademoiselle le DOCTEUR YVONNE SIMON

Médecin de l'Hôpital et du Dispensaire
de Villeneuve-Saint-Georges

*En témoignage respectueux de ma profonde
et sincère reconnaissance pour l'enseigne-
ment qu'elle m'a donné, et qui a dirigé et
facilité avec tant d'amabilité mes études
au cours de ce travail.*

Monsieur le DOCTEUR BOPPE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Monsieur le DOCTEUR DEROME

Monsieur le DOCTEUR PATOU
Médecins de l'Hôpital

Monsieur le DOCTEUR GREZE

Monsieur le DOCTEUR DRAGO
Chirurgiens-Adjoints

*En témoignage de ma respectueuse sym-
pathie.*

A MES MAITRES

des Facultés de Médecine et des Hôpitaux
de Paris et de Marseille

A PARIS :

Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ RATHERY,
Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ NOBECOURT,
Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLAIN,
Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ TERRIEN,
Monsieur le DOCTEUR LAUBRY,
Monsieur le DOCTEUR MILIAN.

A MARSEILLE :

Feu Monsieur le PROFESSEUR SILHOL, Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu,
Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ BOINET,
Monsieur le DOCTEUR TURRIES,
Monsieur le DOCTEUR SESQUEZ.

Faible hommage de ma reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE LE DOCTEUR AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

Qui a bien voulu m'accueillir dans son service et qui m'a inspiré le sujet de ce travail.

Hommage de mes respectueux sentiments.

A Monsieur le DOCTEUR HINAULT

Médecin Assistant à l'Hôpital Cochin

A Monsieur le DOCTEUR URBAIN GUINARD

Médecin Assistant des Sanatoriums de Bligny

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de ma respectueuse admiration.

INTRODUCTION

Le problème des guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire nous a paru intéressant d'être envisagé dans ce travail à un double point de vue :

1° Synthétiser l'ensemble des travaux sur cette question qui **à priori** semble paradoxale à de nombreux praticiens.

2° Eviter la systématisation en thérapeutique, nous rendre prudents d'une part sur l'emploi parfois trop hâtif de la collapsothérapie et d'autre part sur l'emploi des autres thérapeutiques qui vivent sur un postulat d'efficacité qu'elles se sont créés d'elles-mêmes.

Après un bref historique nous dégagerons successivement :

— Les preuves anatomiques de guérison de la tuberculose pulmonaire ;

— Les tests de guérison ;

— Les formes anatomo-cliniques qui guérissent le plus souvent et spontanément ;

— La conduite à tenir en présence d'un tuberculeux ;

— Enfin les observations cliniques avec clichés radiographiques qui nous ont semblé démonstratives.

Nous estimons que l'ensemble de ces notions est

capital en phtisiologie, soit pour discuter une intervention thérapeutique, soit pour en apprécier les résultats.

HISTORIQUE

Vers le moyen âge, certains médecins célèbres parlaient de phtisiques « vivant plus longtemps que leur médecin et leurs parents qui les soignent.

CRUVEILHIER a bien établi que les tuberculeux pulmonaires sont guérissables à toutes les phases de leur évolution et pour lui chaque granulation miliaire de guérison est constituée par du tissu fibreux.

LAENNEC également n'a pas mis en doute la curabilité de la phtisie dans son admirable traité d'**Auscultation Médiante** : « Je pensais que la nature avait peut-être plus d'une voie pour opérer cette guérison et que dans certains cas, les excavations après s'être débarrassées par le ramollissement, l'expectoration ou l'absorption de la matière caséuse qu'elles contenaient pouvaient se cicatriser... par le simple rapprochement de leur paroi. »

JACCOURD en 1888 dans son travail sur la **Curabilité et le traitement de la tuberculose pulmonaire** déclare que : « curable par le processus fibrogène pendant la phase de crudité et durant toute la période de ramollissement, la tuberculose l'est encore à la période d'ulcération ou de caverne. »

Tout au contraire, il va même beaucoup plus loin ; il pense que la formation d'une caverne est « l'acte pré-

« curseur de la cicatrisation qui ne peut s'effectuer
« complètement sans l'élimination préalable des pro-
« duits pathogènes... Pour chaque foyer tuberculeux
« considéré isolément la caverne est bien en effet la
« lésion finale au point de vue chronologique, mais
« elle n'est point du tout la lésion finale au point de
« vue de la gravité, elle n'apporte aucune modification
« constante dans la prognose ; bien loin de l'assombrir
« elle peut être le signal d'une légitime espérance... »

Il ajoute : « la phtisie n'a pas toujours une marche
« continuellement progressive, elle procède par atta-
« ques que séparent souvent de très longs intervalles. »

PETER dans ses **Leçons de clinique médicale** a
montré des observations cliniques analogues et insisté
sur le fait « qu'on a trop souvent confondu la lésion
« avec la maladie », et qu'il y a des cas où « la cavité
« se cicatrise et le malade peut être considéré comme
« guéri... »

BROUARDEL n'a-t-il pas dit : « à la Morgue, lorsqu'un
« individu est âgé de plus de trente ans et qu'il a sé-
« journé quelques années à Paris je trouve des lésions
« tuberculeuses **anciennes** cicatrisées dans les pou-
« mons de la moitié des sujets » et BROUARDEL ajoute,
s'appuyant sur un nombre considérable d'autopsies :
« les lésions dans l'immense majorité des cas ne sont
« pas celles d'une phtisie au début s'étant manifestée
« par de petits foyers disséminés elles sont les cica-
« trices de vastes foyers parfois de larges cavernes
« complètement cicatrisés. »

Il conclut : « la tuberculose est donc curable spon-

« tanément et l'est même dans ses périodes les plus
« avancées. »

Plus près de nous, JACQUEROD, BURNAND, GIRAUD, TURBAN, WOHLERS, LE SÈVE et bien d'autres ont confirmé et précisé les guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire qui font l'objet de notre étude au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

PREUVES ANATOMIQUES DE GUÉRISONS SPONTANÉES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Lorsqu'on aborde le problème proprement dit de ces guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire de nombreux médecins praticiens comme le dit si justement JACQUEROD ne les envisagent que comme des « unités isolées qui se perdent dans le nombre des insuccès ».

Mais il convient d'ajouter que pour les médecins spécialistes « la proportion des cas guéris est beaucoup plus considérable et l'on conçoit que leurs impressions à ce sujet soient infiniment plus favorables ».

Nous ne pensons pas toutefois, malgré quelques avis contraires à l'utilité de donner des statistiques comme l'a fait BURNAND et de vouloir ainsi résoudre par une simple formule numérique, une question aussi complexe et vraiment conditionnée par de trop nombreux facteurs.

La lésion tuberculeuse proprement dite est réalisée comme l'on sait d'une part par une primo-infection, d'autre part, par une tuberculose de seconde infection,

tantôt d'origine endogène (auto-infection), tantôt d'origine exogène (réinfection).

La lésion qui en résultera sera nettement **localisée**, rarement généralisée, bilatérale d'emblée.

Cliniquement, nous aurons une poussée fébrile avec parfois des hémoptysies ou bien un processus parfaitement insidieux. Mais ce processus précisément, après une phase d'invasion, se *stabilise*, se cantonne dans une région bien déterminée du poumon. L'organisme à ce moment-là va lutter et le sort du malade et l'évolution ultérieure de la maladie en dépendront.

Pour beaucoup, la dégénérescence caséuse, suivie généralement de ramollissement et de fonte est presque de règle, les processus de guérison spontanée beaucoup plus incertains.

Et cependant, nous observons des guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire. Quel en est donc le mécanisme ?

Le premier processus est un phénomène de régression proprement dite, de *résolution* pour JACQUEROD. Cette résolution des lésions pulmonaires tuberculeuses est en tous points comparable à la résolution des pneumonies et des broncho-pneumonies aiguës avec toutefois un processus résolutif plus long allant de six mois à un an et plus.

L'on sait, en effet, que l'école contemporaine oppose, avec raison, à la conception de GRANCHER une doctrine entièrement nouvelle dont le principe essentiel est que la tuberculose procède par poussées pneumoniques plus ou moins aiguës, plus ou moins importantes et séparées

par des périodes d'accalmie de durée variable. Le noyau pneumonique, au début d'étendue variable, contient en potentiel ce processus résolutif.

GIRAUD, dans les planches V, VI, VII, VIII de son ouvrage nous montre des clichés très démonstratifs de processus de résolution de lésions pulmonaires tuberculeuses, sans aucun reliquat radiologique appréciable.

Cette résolution *évolution régressive* pour certains auteurs peut s'effectuer avec ou sans activité. Elle trouve ses meilleures et plus sûres données dans la radiographie pratiquée en série. (Observations cliniques et clichés radiographiques n^{os} I, II, III, IV, V et VII).

L'on conçoit par suite, l'obligation pour l'organisme de se mettre en garde immédiatement, de s'astreindre à du repos, à une cure hygiéno-diététique prolongée et de se défier des améliorations spontanées.

La tuberculose n'est-elle pas une maladie générale et les conditions de résistance du terrain ne jouent-elles pas un rôle considérable dans la défense de l'organisme contre le processus de tuberculisation... ? Il reste, en effet, vrai que la lésion tuberculeuse se stabilise au début et est susceptible de régresser spontanément si un organisme sain, intact peut en faire les frais.

Un second processus de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire est la transformation fibreuse.

Ce processus a été très discuté ces dernières années et la doctrine actuellement en faveur tend à faire de la

tuberculose fibreuse une sorte de maladie à part, véritable néoplasie fibreuse active progressive (BARD) entièrement distincte, selon DUMAREST de la tuberculose cicatricielle. TRIPIER, le grand anatomo-pathologiste de Lyon, a dit avec raison dans ses Etudes anatomo-cliniques : « ...la phthisie fibreuse, c'est-à-dire la tuberculose où les productions scléreuses arrivent à être « très abondantes. »

C'est surtout depuis l'avènement de l'ère radiologique que l'on a accordé à ce processus toute l'importance qu'il mérite.

Les aspects radiologiques de ce processus, malgré leur diversité apparente, peuvent être ramenés à deux types principaux :

1° l'aspect en noyaux ;

2° l'aspect diffus.

Dans le premier cas, soit noyau unique plus ou moins volumineux, soit noyaux multiples (aspect du damier), soit formations denses, massives, étendues pouvant intéresser la totalité d'un lobe ou même du poumon, réalisant par exemple ce que VINCENT a décrit sous le nom de fibro-thorax.

Dans le deuxième cas, tantôt la sclérose diffuse est étendue et occupe la totalité d'un poumon ou même des deux poumons, tantôt elle est localisée, soit à un lobe, soit à une partie du champ pulmonaire réalisant d'une part ce que le Professeur M. LÉON BERNARD désigne sous le nom de **sclérose apexienne inactive** si elle siège au sommet, d'autre part, ce que M. le Professeur BEZANÇON appelle la **tramite** qui traduit si bien

la grisaille diffuse et une accentuation de l'arbre vasculaire que l'on rencontre chez presque tous les sujets.

A ce sujet, nous croyons utile d'insister, car la tramite est en plus atténué, le tableau habituel de la tuberculose fibreuse. Elle nous paraît bien, en effet, une **lésion résiduelle** donc un processus spontané de guérison d'une tuberculose pulmonaire latente et non pas, comme le prétendent BARD et DUMAREST une lésion initiale. Ces auteurs n'ont-ils pas dit : « la phthisie fibreuse a été considérée à tort comme un mode de terminaison propre aux cas favorables, alors qu'il faut y voir des formes spéciales de leur origine... l'hyperplasie conjonctive est un phénomène de réaction inflammatoire diffuse qui n'a rien de commun avec la sclérose cicatricielle laquelle est un phénomène local et anatomiquement peu important ».

En réalité, l'observation prolongée de malades avec des tests radiographiques très nombreux nous confirme dans cette idée que la tuberculose fibreuse correspond bien, en général à un processus naturel de guérison de la tuberculose pulmonaire.

Le tissu cicatriciel définitif décelable à la radiographie doit cependant être considéré comme un piège trompeur et le médecin ne doit pas se laisser aller à un optimisme exagéré, mais au contraire faire la part d'une possibilité de récïdive de « réveils » et là encore **l'épreuve du temps**, avec contrôle radioscopique et radiographique sérié est indispensable.

Il arrive quelquefois d'observer une bacillose aiguë

faisant porter un pronostic grave qui tourne court vers la guérison et qui donne lieu à une rétraction pulmonaire quelquefois même à une rétraction thoracique. Au bout de plusieurs mois, l'on est heureux de voir la fièvre baisser, le poids augmenter. La radiographie montre le cœur et un médiastin attirés du côté malade fortement rétracté avec une hypertrophie compensatrice importante du côté sain (l'hémithorax est volumineux, les espaces intercostaux élargis, en particulier à la base, la coupole diaphragmatique abaissée). (Voir observations et clichés radiographiques III et IV.)

LE SÈVE a rapporté des cas très démonstratifs de guérisons spontanées par fibrose avec déplacements importants du médiastin : « ...la trachée, reconnaissable à sa bande claire est devenue très oblique en s'éloignant de l'axe médian ; elle peut former un angle de 45° avec la verticale. On ne voit même plus la pointe du cœur déborder la ligne vertébrale (dextrocardie)... ».

Pas de troubles cardiaques d'après JACQUEROD : « ... l'équilibre se rétablit assez rapidement et en fin de compte ces malades ont un fonctionnement cardiaque très satisfaisant... ».

En définitive, nous ne devons pas considérer la tuberculose fibreuse comme un type anatomique nettement défini, mais bien comme un processus de guérison spontanée.

Un troisième processus de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire est la calcification.

JACQUEROD dit que ce processus « ... n'exerce qu'une « influence insignifiante dans la guérison des lésions « tuberculeuses cliniquement évolutives » et que « la « plupart du temps, on ne constate aucune calcifica- « tion à la radiographie des tuberculeux guéris ». Nous vous soumettons une radiographie (voir page 26), que M^{lle} le Docteur Yvonne SIMON a eu l'obligeance et la bonté de nous communiquer. Il s'agissait d'une jeune infirmière de 22 ans qui fut soignée pendant un an au sanatorium de Bligny pour hémoptysies légères, mais fréquentes, par la simple cure hygiéno-diététique classique et même par la cure *de travail* (distribution des médicaments, aide pour insufflations de pneumothorax, analyses d'urine et de crachats, bref travail pratique d'infirmière de sanatorium). Bacilloscopie positive, août 1921.

La jeune malade présenta un accroissement de poids, une disparition des signes fonctionnels, une bacilloscopie négative, et depuis mai 1933, assure son travail parfois très pénible d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale.

Une forme particulière de ce processus est le type fibro-calcaire qu'a décrit M. le Professeur SERGENT, caractérisé anatomiquement par de gros trousseaux fibreux rayonnant à partir du hile et parsemés de calcifications.

M. le Professeur LÉON BERNARD a décrit dans la sclérose apexienne inactive, un type fibro-calcaire-hilo-apexien souvent très caractéristique.

Nous sommes persuadés que l'apport calcaïque par



Radio I. — 29 Janvier 1932.



Radio II. — 26 Octobre 1933.

voie digestive et surtout sanguine aide puissamment d'une part à améliorer un organisme qui se déminéralise et se décalcifie, d'autre part, à contribuer à un processus éventuel de guérison spontanée par calcification.

Ce processus existe et n'est pas rare. N'a-t-on pas dit que certains bacillaires torpides expectorent de petits calculs après une quinte de toux ?

Par ailleurs, l'expérimentation sur les animaux a démontré à ROUX et METCHNIKOF que la résistance acquise par certains êtres contre la tuberculose réside dans la formation de *cercles concentriques* de tissus inflammatoires et épaissis autour des bacilles. Ces tissus finissent par absorber les microorganismes et deviennent alors calcaires.

En conclusion, il existe des preuves anatomiques de guérison de la tuberculose pulmonaire surtout connues depuis l'ère radiologique par l'emploi de radiographies sériées, mieux de télé-radiographies prises systématiquement en série : ces guérisons anatomiques sont parfois **spontanées**, d'une spontanéité absolue ou relative, avec cure de repos, selon les cas observés (Voir observations VII d'une part et observations I et II d'autre part).

CHAPITRE II

LES TESTS DE GUÉRISON

A quoi reconnaît-on qu'une tuberculose pulmonaire guérit ?

L'impression proprement dite du malade ne doit pas être retenue, car un pithiatique, par exemple, pourtant en voie de guérison anatomique, se dira toujours souffrant. S'il existe des psychasthéniques dans la grande majorité des cas, il existe aussi des optimistes qui sont peut-être plus dangereux au point de vue médical et qu'il faut savoir dépister. La psychologie est, et reste toujours, à la base de la médecine.

Les signes fonctionnels sont également trompeurs. Nous avons précédemment insisté sur la *stabilisation* après poussée de la lésion tuberculeuse avec syndrome clinique très fruste. Nous ne pouvons, dans ce cas-là, malgré l'impression du malade parler de guérison, tout au juste d'**arrêt** clinique.

L'auscultation est-elle d'un grand secours ?

Notre Maître le Docteur AMEUILLE, dès 1922 (1) a courageusement montré l'extrême fréquence des défaillances de l'auscultation. Des lésions caractérisées,

(1) AMEUILLE. — *Presse Médicale*, 11 mars 1922.

grossières même, comme les cavernes pulmonaires peuvent passer inaperçues ; BURNAND estime à 65 % la proportion des cavernes muettes non diagnosticables, et Lazare MANLDE à 85 %.

Il existe de grandes cavernes qui sont dépourvues de signes d'auscultation, **c'est le silence** impressionnant de pleurésie parfois et qui étonne par sa localisation apicale.

Mais l'auscultation, chère à LAENNEC, reste néanmoins une méthode d'exploration capitale en phthisiologie pour apprécier les qualités du murmure vésiculaire et dans une certaine mesure la valeur fonctionnelle d'un poumon.

Le test bactériologique a-t-il une grosse valeur ?

Oui, il est très important, mais l'on doit **répéter** les analyses, faire des homogénéisations, des cultures, des inoculations au cobaye, des examens de selles même pour mettre en évidence le bacille de Koch si les lésions sont nettes à la radiographie.

Le test radiographique seul est capital : et c'est faute d'y recourir **systématiquement** que « la plupart » des médecins commettent si fréquemment des erreurs grossières (GIRAUD) ».

Il nous a permis de mieux nous rendre compte des processus de guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire d'une part par la notion du nettoyage radiologique et, d'autre part par la présence de certains *infiltrats labiles* précoces décelables par les radiographies pratiquées en série. Par ailleurs, le test radiographique nous a aussi fait mettre en garde contre le

tissu cicatriciel susceptible de *réveils* et que REDEKER a décrit sous le nom d'infiltration tardive (Spätinfiltrat). Il nous a permis de mettre en évidence des cavernes muettes et des images lacunaires indiscutables.

Mais certains sceptiques ont contesté l'efficacité de ce test.

Dans le premier cas, en disant que ces infiltrations ne sont pas de nature tuberculeuse.

Dans le deuxième cas, en contestant l'image annulaire qui pouvait résulter d'épaississements pleuraux, de pneumothorax localisés, de dilatations bronchiques, d'ombres superposées, d'entre-croisements vasculaires, etc...

Dans le premier cas, nous pouvons répondre par le test bactériologique (bacilloscopies répétées, homogénéisation des crachats) qui nous montre la nature tuberculeuse de ces infiltrats.

Dans le deuxième cas, nous avons des preuves d'investigation : l'injection intra-trachéale de **lipiodol**, bronche de drainage à la radio, pneumothorax artificiel qui préciserait les contours de l'image cavitaire.

Le test bactériologique vient de plus confirmer leur nature tuberculeuse.

Mais la difficulté proprement dite n'est pas là, elle consiste à affirmer qu'il s'agit vraiment de guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire dans ses différentes formes anatomo-pathologiques et radiographiques. Pourquoi ?

Précisément parce que tout médecin, traite ses ma-

lades tuberculeux, et que les tuberculeux qui s'ignorent ne vont pas voir les médecins.

Il reste donc pour notre observation : d'un côté ceux qui ne veulent pas se soigner bien que tuberculeux : les réformés de guerre 100 %, surveillés toutefois, tous les trois mois par les Dispensaires, et qui, la plupart du temps sont satisfaits de leur pension, nous offrent à ce sujet un champ d'expérience pour notre observation (voir observation clinique et clichés radiographiques, obs. II), et d'un autre côté les malades tuberculeux qui ont subi un traitement anodin agissant par exemple sur les signes fonctionnels et sans influence spécifique, avec une cure hygiéno-diététique classique, surtout du repos. Enfin ceux où la spontanéité est absolue (voir observation clinique et cliché radiographique, obs. VII).

Notre champ d'expérience est donc restreint pour donner, par exemple, une preuve statistique, mais suffisant pour montrer qu'il existe des processus de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire et nous garder de tout esprit de systématisation, de toute **thérapeutique réflexe** en face d'un tuberculeux.

CHAPITRE III

LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE QUI GUÉRISSENT LE PLUS SOUVENT SPONTANÉMENT

L'emploi systématique de radiographies faites en **série**, surtout de téléradiographies, a permis, comme l'a si bien souligné M. le Docteur Urbain GUINARD d'une part de constater *l'évolution progressive ou torpide* et, d'autre part, *l'évolution régressive* donnant des images radiographiques sériées du nettoyage radiologique progressif.

Un courant d'idées très en vogue actuellement depuis quelques années a montré grâce au contrôle radiologique que la caverne tuberculeuse, ulcère anatomique des anciens auteurs, pouvait guérir spontanément, disparaître et se cicatriser, sans laisser de traces importantes. Or, en raison de la fréquence des cavernes dans toute tuberculose fibro-caséuse banale (70 % pour LE SÈVE), cette notion constitue une véritable conquête de la phthisiologie moderne.

C'est à JACQUEROD que revient le mérite de cette importante découverte ; d'autres, et en particulier WOL-

WOLLERS et LE SÈVE ont confirmé ce processus de guérison naturelle et spontanée des cavernes tuberculeuses.

WOHLERS dans un remarquable travail estime fréquent ce processus qui dépendrait en grande partie de facteurs mécaniques : « Pour qu'une caverne puisse
« se cicatriser par accollement de ses parois, il faut,
« en dehors des facteurs d'allergie et de terrain : 1° que
« les parois n'opposent pas une résistance supérieure
« aux forces de compression qui tendent à l'affaïsser.
« Ces forces sont dues, soit à l'expansion ou à l'hyper-
« trophie du tissu pulmonaire précaverneux, soit au dé-
« placement des organes du voisinage : 2° que le tissu
« pulmonaire qui entoure la caverne se laisse disten-
« dre ou déplacer ; 3° que la caverne ne soit pas l'objet
« de tractions, de tiraillements continus dépendant soit
« d'efforts physiques, soit d'adhérences, soit de loca-
« lisation... ».

Il classe donc les cavernes en trois catégories :

Premier degré : cavernes à parois flasques, molles, récentes avec parenchyme pulmonaire peu infiltré.

Deuxième degré : cavernes du sommet en général avec infiltrations importantes,

Troisième degré : cavernes négligées à parois sclérosées de formation ancienne.

Il conclut que l'élément de pronostic est basé sur cette différenciation : les cavernes de la classe I guérissent le plus souvent spontanément et rapidement par une cure hygiéno-diététique classique et **sans l'adjuvant d'aucun autre traitement**, les cavernes de la classe II peuvent guérir aussi par la cure de

repos et il y a avantage à faire l'essai pendant deux à trois mois ; enfin, les cavernes de la classe III sont justiciables le plus souvent d'une intervention chirurgicale.

LE SÈVE dans les conclusions de sa thèse distingue deux processus naturels de guérisons spontanées : la résolution et la transformation fibreuse des cavernes. La cure hygiéno-diététique s'impose mais si au bout d'un ou deux mois il n'y a aucun progrès, le pneumothorax doit être institué. Il discute enfin le traitement d'opportunité en face d'un cas ancien, chronique et conseille de rechercher *ce que la malade aura à gagner où à perdre d'une intervention.*

Pour notre observation, il nous a été permis de considérer deux observations types de guérison naturelle spontanée de cavernes pulmonaires tuberculeuses que nous vous soumettons. (Voir observations cliniques et clichés radiographiques T... et C...)

Certaines formes micronodulaires certaines granulies froides peuvent régresser spontanément et c'est là une notion nouvelle que nous a révélé le test radiographique employé systématiquement. BURNAND et SAZE ont bien décrit ce type de *granulie* pulmonaire à évolution torpide : Syndrome clinique discret : persistance d'un état général satisfaisant, signes physiques et fonctionnels frustres. Anatomiquement, lésions micronodulaires disséminées, plus ou moins régulièrement réparties dans les poumons. La plupart du temps, on considère ces malades comme des tuberculeux fibreux

et sont ambulants. La présence seule de crachats teintés les font consulter.

L'emploi de radiographies, surtout de **téléradiographies sériées** a permis de constater que l'évolution du semis granulique, surtout chez les enfants (ARMAND, DELILLE, RIST et HAUTEFEUILLE) peut souvent se faire vers la **restitutio ad integrum**.

Des preuves expérimentales nous ont été données par différents auteurs, en particulier par CHAUVÉAU et ARLOING. Ce dernier a tuberculisé l'âne et conclut, après de nombreuses expériences :

1° qu'il est possible de tuberculiser l'âne par l'injection intra-veineuse de bacille de Koch d'origine humaine en culture pure ;

2° que ce mode d'infection frappe exclusivement les poumons où il provoque le développement de granulations tuberculeuses ;

3° que ces granulations revêtent le type histologique classique ; qu'elles sont en général bien supportées et en moins de deux mois, elles subissent **spontanément** la transformation fibreuse.

LEFEBVRE signale des guérisons inespérées de ces granulies froides chez l'enfant parmi les formes curables de la tuberculose pulmonaire dont la fréquence atteint et dépasse, pour lui, 50 % des cas de tuberculose constatés chez l'enfant. Il estime que la scrofule est un puissant facteur de guérison.

D'une manière générale, en effet, l'enfant et même le nourrisson nous offre pour notre observation un champ d'expérience assez large, car si une note pessimiste fut

de règle pendant longtemps, on a actuellement beaucoup plus d'optimisme depuis que par l'emploi systématique de clichés radiographiques on a pu constater des guérisons naturelles spontanées de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Pour MM. LÉON BERNARD et J. PARAF, la proportion serait de 23 % pour les nourrissons. Le diagnostic de ces formes évolutives curables de la tuberculose du nourrisson est toujours très difficile, car souvent de nombreuses infections intercurrentes sont cause de fièvre et d'atteinte de l'état général. Les radiographies sont souvent difficiles à interpréter et seule l'étude comparée des films radiographiques sériés donne la certitude diagnostique et pronostique *d'évolution progressive ou régressive*. La cuti-réaction est capitale et permet de déceler les formes latentes occultes du premier âge.

Pour ces enfants chez lesquels on a décélé une tuberculose pulmonaire à pronostic favorable, les mesures habituelles de préservation, absence de toute réinfection bacillaire, alimentation rationnelle nous donneront la joie au cours des examens ultérieurs de voir fondre peu à peu **spontanément** tous les vestiges de la maladie.

De nombreux auteurs, en particulier RIBADEAU-DUMAS et Armand DELILLE ont bien insisté sur la régression, lente, il est vrai, mais naturelle et spontanée de la *spléno-pneumonie* tuberculeuse de l'enfance et combien il est fréquent de voir chez des enfants qui

attendent leur admission au Sanatorium un nettoyage radiologique inattendu ?

Par ailleurs, notre Maître, le Docteur AMEUILLE a bien insisté avec RIST que les pneumonies tuberculeuses de l'adulte n'étaient pas toutes d'un pronostic fatal et que certaines pouvaient évoluer vers la résolution et la prise de clichés en série fournira seule les éléments d'un pronostic.

Parmi les autres formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire dont l'évolution est naturelle et spontanée, il convient d'envisager les primo-infections.

Les primo-infections, en général de type ganglio-pulmonaires sont, comme l'on sait, très fréquentes chez l'enfant et se traduisent cliniquement par une cuti-réaction positive, une légère ascension thermique qui dure un ou deux jours, une petite chute de poids, quelques selles plus ou moins nombreuses ou mal digérées même verdâtres et en deux à cinq jours tout rentre dans l'ordre.

Nous avons donc là un processus naturel spontané de guérison de la tuberculose pulmonaire conditionné encore par des prescriptions d'hygiène élémentaires (isolement, notion de contact).

Par ailleurs, le fait que 75 % pour certains, 97 % pour d'autres, des individus ont une cuti-réaction positive ne traduit-il pas à lui seul une guérison naturelle spontanée de la tuberculose pulmonaire ?

Que prouve une cuti-réaction positive ? D'abord

que le sujet a été inoculé et ensuite qu'il est en état d'allergie, soit d'immunité et de sensibilisation.

Chez les troupes noires sénégalaises, pendant la guerre on ne relevait chez eux que 5 à 6 % de cutiréactions positives et l'on assistait à l'expression clinique de leurs primo-infections tuberculeuses se traduisant par un complexe lésionnel ganglio-territorial l'adénopathie caséuse trachéo-bronchique. L'organisme, avec une cure hygiéno-diététique classique en faisait les frais et l'on assistait à un **arrêt** spontané et naturel de leurs primo-infections.

Les tuberculoses de surinfection sont relativement rares sur la masse des humains frappés par une primo-infection et l'on est donc bien en droit de conclure à un processus naturel spontané de la tuberculose pulmonaire.

Dans les dispensaires, en raison des conditions d'existence imparties aux anciens primo-infectés (défaut d'hygiène générale, excès de travail, souffrance morale, etc...), on observe ces tuberculoses de surinfection et nous croyons que le nombre des tuberculeux sera très diminué dans l'avenir par le dépistage précoce et systématique de ces malades.

Enfin, nos cicatrices de primo-infection augmenteraient durant notre vie sous l'effet de petites poussées de tuberculose que nous maîtrisons au fur et à mesure. Cette augmentation de cicatrices (építuberculoses pour RANKEJ) constitue et traduit un processus naturel de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire.

Mais souvent, nous observons des guérisons dites

cliniques, c'est-à-dire des malades qui, sous le masque d'un état général plus ou moins floride, cachent des lésions indélébiles, mais inactives. Nous admettons la guérison clinique, car si elle dure toute la vie, si le malade peut vaquer à ses occupations, sans la moindre gêne causée par ses lésions, s'il meurt de toute autre chose que du réveil de son affection, pourquoi ne pas l'admettre ?

Tout le problème consiste à différencier cette guérison clinique d'un arrêt clinique.

Le premier élément relève d'abord de symptômes, surtout de la stabilisation parfaite et durable de l'apyrexic, de la disparition des crachats et des bacilles enfin de la nullité d'influence de la reprise du travail.

Le deuxième élément doit être cherché dans le délai à partir duquel un arrêt peut être tenu pour une guérison clinique. JACQUEROD dit un an, pour d'autres au moins trois ans.

La coexistence de régression anatomique est évidemment un facteur favorable, mais rejetons-le, il est très délicat d'affirmer dans la pratique la solidité d'un arrêt et partant d'une guérison clinique.

Certains auteurs ont vanté la cuti-réaction comme moyen pronostique, mais en fait elle ne signifie nullement qu'il y ait lésion active en évolution, sauf chez l'enfant. Ils se sont également basés sur la tension artérielle, mais en fait tout syndrome anémique ne présente-t-il pas une tension basse et l'absence de lésions pulmonaires tuberculeuses ?

D'autres, en particulier GUÉRIN, ont vanté la réac-

tion de VERNES, résorcine à 1,25 % ; lecture immédiate au photomètre de la densité optique du mélange, sérum sanguin et résorcine. Après un repos de quatre heures à 18°, à 2° où la floculation s'opère nouvelle lecture après agitation. On retranche les deux chiffres lus et l'on obtient le **degré photométrique** du sérum examiné. Tout sujet atteint d'un processus tuberculeux aurait un degré photométrique persistant au-dessus de 30, un sujet sain un chiffre au-dessous. D'où les auteurs concluent qu'on peut demander la preuve au laboratoire de la solidité d'un arrêt clinique ou d'une guérison clinique si le degré photométrique du sérum est inférieur à 30. Cette réaction serait pour eux une réaction d'activité, un véritable témoin d'évolution. Il reste évident qu'il faudra faire une longue série d'indices photométriques pour poser un pronostic ferme.

M. le Professeur LÉON BERNARD et ses collaborateurs nient toute valeur à cette réaction de VERNES, soient comme diagnostic, soit comme pronostic même à brève échéance.

Tous les phthisiologues sont de cet avis, mais nous envisageons toutefois cette réaction comme symptôme **objectif**, préventif même paraissant donner au clinicien, avec la coexistence des signes fonctionnels et physiques douteux, la certitude dont il a besoin. Il reste évident qu'on ne doit pas se baser sur un résultat **isolé**, mais sur une **courbe**, et s'il est vrai qu'un diagnostic, un pronostic ne s'obtiennent qu'en juxtaposant plusieurs éléments, en recoupant divers ren-

seignements, en vérifiant leur concordance, nous devons accorder au VERNES comme à la réaction de sédimentation des hématies un droit de cité dans les éléments de diagnostic et de pronostic d'une guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire.

La réaction de sédimentation est basée sur la vitesse à laquelle se sédimentent les globules rouges et d'une façon générale le pronostic serait d'autant plus grave que la sédimentation est plus rapide. Or, si nous acceptons la théorie selon laquelle la sédimentation serait liée à la plus ou moins grande abondance dans le plasma sanguin de fibrinogène et de globuline, fonction elle-même des destructions cellulaires provoquées par le bacille de KCCN ; nous devons accorder à cette réaction une certaine confiance. En effet, les globules rouges possèderaient une charge électrique négative grâce à laquelle ils se repoussent les uns les autres et demeurent en suspension ; si cette charge électrique diminue, il en résulte une moindre stabilité de suspension, d'où accélération de la sédimentation. Or, le fibrinogène et les globulines chargées positivement concourent précisément à décharger les globules rouges.

D'une façon générale et toute objective nous considérerons une amélioration de l'état général comme d'un pronostic favorable en nous hâtant, toutefois, d'ajouter que parfois un aspect floride coïncide avec des lésions actives.

Un temps d'épreuve d'au moins un an doit être envisagé avec contrôle radiographique et baciloscopique

fréquent pour donner la certitude et la confiance.

Selon l'expression si profondément vraie d'un phthisiologue suisse, il faut **surguérir** les tuberculeux, savoir se méfier de ces guérisons dites cliniques et l'avenir de la tuberculose pulmonaire pourra dans ces conditions être considérablement amélioré.

CHAPITRE IV

LA CONDUITE A TENIR

Quelle est donc, en face d'un tuberculeux, la conduite à tenir :

Avant tout, il ne faut pas se hâter de faire des méthodes hâtives et réflexes :

1° Dangereuses, mais donnant certains succès comme l'aurothérapie :

2° Longues, pénibles, *déplaisantes*, selon l'expression de notre Maître le Docteur AMEUILLE comme le pneumothorax.

Au point de vue aurothérapie, MM. HINAULT et MOLLARD dans leur récent ouvrage (1), ont largement étudié cette question et en particulier ont insisté, avec preuves statistiques à l'appui, sur l'action des sels d'or dans les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire. Ils estiment que l'aurothérapie surtout en suspension huileuse pour injections intramusculaires d'une part, *réveillerait* les processus naturels de guérison et, d'autre part, mettrait les malades ainsi traités à l'abri de toute récurrence.

Au point de vue pneumothorax, malgré les émi-

(1) *Traitement aurique de la tuberculose*, VIGOT, 1934.

nents services rendus à la phtisiothérapie applicable d'ailleurs qu'à un certain nombre de cas, il n'a pas été reconnu capable à lui seul, de guérir radicalement la tuberculose pulmonaire.

Nous devons nous garder de tout esprit de systématisation, aussi bien dans le sens de l'abstention que dans celui de l'intervention.

Nous ne devons pas intervenir systématiquement en présence d'une lésion tuberculeuse unilatérale, nous avons le droit de discuter l'inutilité d'un pneumothorax en tenant compte précisément des processus naturels de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire même excavée que nous avons envisagés dans ce travail.

Nous devons **savoir** temporiser, prendre des clichés radiographiques sériés, les comparer, constater les aspects et les modifications des images radiologiques, pour apprécier, soit la stabilité, soit l'évolution régressive ou progressive éventuelle d'une lésion pulmonaire tuberculeuse.

Il reste toutefois établi par de nombreuses **preuves statistiques** que dans un grand nombre de cas, la collapsothérapie sera le traitement de choix si les lésions creusent et s'étendent, si elles sont hémoptoïques, si la température n'a aucune tendance à tomber, malgré le repos, même à l'hôpital, si l'état général s'altère, et enfin comme le dit si bien PRUVOST, si un traitement d'épreuve rigoureux et suffisant est reconnu impossible.

Il ne nous est pas permis, malgré des avis contraires, de donner une proportion, mieux une statistique, des

formes anatomopathologiques et cliniques de la tuberculose pulmonaire qui guérissent spontanément. Cette question est dépendante de facteurs trop multiples et trop complexes pour être ainsi résolue. La question qui se pose n'est pas de savoir dans quelles proportions la tuberculose est curable, mais pourquoi elle guérit dans certains cas et non pas dans d'autres, et quelles sont les conditions indispensables pour obtenir ces guérissons spontanés. Une enquête longue, minutieuse et approfondie, malgré les résultats statistiques qu'elle pourrait donner ne nous paraît nullement démonstrative. La réparation même complète d'une caverne chez un malade n'implique pas forcément la guérison de la maladie ; d'autres foyers, ou même le foyer cavitaires lui-même seront susceptibles de rentrer ultérieurement en évolution même après une régression temporaire très franche. Citons, par exemple, diverses statistiques : celle de LYDRIN (1923), de la clinique de Romborg : 50 % de cavitaires guéris ; celle de GRAU (Sanatorium de Honnef, 1924), 33 %. Qu'est-ce à dire ? Souvent il y a reprise trop hâtive et trop brusque de la vie normale, la tuberculose pulmonaire reste une maladie générale au premier chef et un fléchissement de l'état général peut réveiller une lésion entièrement cicatrisée.

Nous avons antérieurement envisagé les éléments de pronostic de la tuberculose pulmonaire, mais les épreuves de laboratoire sont niées par la plupart des phthisiologues et seule reste la clinique. Tout d'abord la descente progressive de la fièvre et l'augmentation du

poids sont d'un bon intérêt pronostic. Par ailleurs, il faudra se renseigner sur l'état des autres appareils, l'immunité dépendant pour une grande part du fonctionnement physiologique normal de tous les organes (JACQUEROD). Dans tous les cas, l'intégrité de l'appareil digestif est particulièrement importante. En ce qui concerne les signes fonctionnels, la toux et la dyspnée ne fourniront pas de renseignements bien précieux : l'expectoration par contre sera des plus intéressantes à surveiller : il faudra la mesurer pour se rendre compte de sa diminution comparer les caractères d'un jour à l'autre. Il vaut mieux avoir un seul crachat contenant beaucoup de bacilles par champ microscopique qu'une grande quantité de crachats renfermant peu de bacilles par champ.

En ce qui concerne la caverne en particulier, pour BACMEISTER, elle guérit d'autant plus facilement qu'elle est plus petite ; CARDIS trouve un élément de pronostic favorable dans sa déformation ovale, son grand axe prenant la direction pariéto-hilaire ; TURBAN pense que l'ombre annulaire fortement marquée est un signe favorable. Le siège importe peu pour les formes résolutives, tendance fibreuse et rétraction costale naturellement plus fréquentes à gauche par le fait que le cœur a une tendance naturelle à se jeter dans l'hémithorax gauche au fur et à mesure que le tissu du poumon se raréfie ou se rétracte.

La cœlaphothérapie par pneumothorax doit être envisagée à un point de vue social. Un ouvrier par exemple ne pourra pas faire les frais d'une mise en obser-

vation d'au moins trois mois, susceptible de lui favoriser une guérison spontanée quand elle est estimée possible ; il ne pourra pas se reposer convenablement prévoir un abandon de travail pour une période assez prolongée ; mieux vaut dans ce cas faire d'emblée un pneumothorax.

Un second point de vue est l'âge de la lésion aussi bien que celui du tuberculeux ; l'enfant ou l'adolescent font des splénopneumonies qui régressent spontanément et c'est chez eux que l'on rencontre les plus rapides guérisons par résolution. D'autre part, en ce qui concerne la guérison des cavernes, nous avons montré avec WOHLERS que l'âge de ces lésions (premier, deuxième degré) constitue un facteur très important de guérison naturelle spontanée.

En définitive, en face d'un tuberculeux, nous devons le mettre en observation, préciser le mode évolutif de ses lésions et instituer comme formule d'attente, la cure hygiéno-diététique classique surtout le repos, même à l'hôpital. Durant cette période, nous ne saurions répéter de faire des radiographies systématiques en série et des examens de crachats et déterminer si possible le potentiel évolutif ou régressif de la lésion pulmonaire tuberculeuse à laquelle on a affaire.

En conclusion, l'étude des guérisons spontanées, mêmes cliniques de la tuberculose pulmonaire, nous sont d'un précieux secours pour lutter d'une part contre le charlatanisme qui trouve ses principales armes dans les faux tuberculeux et chez ceux qui guérissent spontanément d'autre part, elles nous sont d'un pré-

cieux secours pour nous rendre prudents sur toutes les thérapeutiques autres que la collapsothérapie qui est la seule qui ait fait ses preuves statistiques, les autres vivent sur un postulat d'efficacité qu'elles se sont créées elles-mêmes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{lle} T..., âgée de 23 ans, dactylo-secrétaire dans le bureau d'une usine à Paris, demeurant à Crosnes (Seine-et-Oise) présenta ses premiers symptômes pulmonaires le 4 juin 1928, sous forme d'un syndrome coqueluchoïde. Un médecin consulté à ce moment-là prescrivit un traitement symptomatique, mais la température restant élevée : 39°3 en moyenne, et le poids de la jeune malade ayant sensiblement fléchi, une radiographie pulmonaire fut conseillée et faite à Paris chez un radiographe particulier (voir cliché). Elle montra une cavité indiscutable sous-claviculaire gauche.

Une institution d'un pneumothorax gauche fut envisagée et conseillée fortement à la famille. Mais celle-ci peu acquise à ce merveilleux traitement de la tuberculose pulmonaire unilatérale préféra envoyer à la campagne la malade qui partit quatre semaines dans la Loire où un repos **relatif** sur chaise-longue fut suivi.

L'amélioration escomptée ne se produisant pas, la malade sur les conseils de son médecin vint consulter M^{lle} le docteur Yvonne SIMON au dispensaire de Ville-neuve-Saint-Georges où un examen en scopie fut fait le 10 juillet 1928. La bacilloscopie se révéla positive.

L'institution d'un pneumothorax gauche fut de nouveau conseillée, mais le centre actuel de pneumothorax n'existant pas, la malade fut envoyée au sanatorium de Bligny où elle fut admise le 4 août 1928. A



M^{lle} T..., 15 Juin 1928.



M^{lle} T..., 27 Octobre 1933.

son entrée, en raison de la température élevée : 39° en moyenne, la malade fut mise en observation. On ne note pas de sueurs nocturnes, mais de légers signes de nécrobiose suppurative et surtout une asthénie profonde. Quinze jours après, un cliché radiographique montra une poussée évolutive à droite ce qui retarda momentanément l'institution de son pneumothorax gauche.

On prescrivit une cure hygiéno-diététique stricte surtout repos rigoureux sur chaise-longue, une bonne alimentation et absolument aucun autre traitement.

Six mois après, augmentation de poids et surtout nettoyage radiologique à droite et rétraction fibreuse nette à gauche. La malade nous raconte que les mouvements d'abduction de son bras gauche étaient très douloureux.

Le 24 décembre 1929, sortie du sanatorium de Bligny, bacilloscopie négative et état général excellent.

Le 18 février 1930, un examen radiographique pratiqué au dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges montra la disparition de la cavité et la présence de **tramite** de la moitié supérieure du poumon gauche.

Depuis cette époque, la jeune malade présente un état général excellent même floride et assure à Paris comme dactylo-secrétaire de bureau dans une Usine à Vincennes, un travail pénible et fatigant prenant matin et soir le train pour son travail.

Nous avons d'ailleurs l'honneur de vous soumettre une radiographie de sécurité prise en octobre 1933 au Dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges qui ne peut que confirmer la guérison anatomo-clinique de cette malade.

OBSERVATION II

M. ..., 42 ans, expert-comptable, à Paris, est un réformé 100 % pour tuberculose pulmonaire.

En mars 1925, épisode hémoptoïde amaigrissement, asthénie générale marquée, légères poussées fébriles le soir. Le malade partit deux mois dans le Jura et s'astreignit de lui-même à un repos relatif. L'amélioration fut discrète, mais toutefois le malade reprit son travail jusqu'en juillet 1929, où de nouveaux signes pulmonaires apparurent qui amenèrent le malade à aller



M..., 19 Septembre 1929.

consulter à Paris, au Dispensaire Léon Bourgeois où l'on découvrit une caverne sous-claviculaire gauche. La bacilloscopie était fortement positive. Une institution de pneumothorax gauche fut envisagée, mais le malade habitant en Seine-et-Oise préféra se reposer chez lui et le 14 septembre vint consulter à tout hasard au dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges où le pneumothorax lui fut de nouveau conseillé. Il le refusa et



M.... 23 Février 1934.

préféra accepter une cure hygiéno-diététique rigoureuse chez lui.

Il partit deux mois en Savoie et revint se présenter régulièrement tous les trois mois environ au Dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges.

Un examen radioscopique du 8 mars 1930 montra un processus cicatriciel spontané, ainsi que le 17 juin 1930, le 23 septembre 1930, le 16 décembre 1930 et le 17 mars 1931.

Une radiographie faite le 17 juin 1932 montra la disparition de la cavité, une calcification des lésions dans la moitié supérieure du poumon gauche. La bacilloscopie était négative depuis le 17 juin 1930.

Le malade accuse une augmentation nette de poids et présente un état général presque floride ; une nouvelle radiographie de sécurité faite le 23 février 1934 confirme entièrement cette guérison naturelle spontanée d'une caverne pulmonaire tuberculeuse (Voir clichés).

OBSERVATION III

Il s'agit d'une évolution régressive par rétraction spontanée chez une malade de M. le Dr Urbain GUINARD de Bligny (Seine-et-Oise).

M^{lle} B... A., 21 ans. Début apparent en mars 1926 par poussée fébrile brusque, toux et expectoration. Un petit crachement de sang en avril. Admission au sanatorium de Bligny le 11 juin 1926. Variations anormales de température pendant les premières semaines de son séjour. Un pneumothorax ne fut pas institué en raison d'un semis dense de fines taches intéressant les deux tiers inférieurs gauches.

Evolution progressive par rétraction en dix-sept

mois, activité constante quinze mois durant ; inactivité par la suite.

Trente-trois recherches bacilloscopiques dont vingt-



M^{lle} B..., 12 Juin 1926.

deux positives les quinze premiers mois. Les signes d'auscultation très accusés et étendus au début ne se traduisent depuis six mois que par des adventices rares

localisés au tiers supérieur et donnant l'impression de fixité.



M^{lle} B..., 15 Octobre 1926.

Augmentation de poids de plus de vingt-deux kilos (taille 1 m. 50).

Quatre radiographies (Voir clichés) la première et la deuxième à dix-sept mois d'intervalle justifient cette observation clinique.



M^{lle} B... 25 Avril 1927



M^{lle} B... 28 Novembre 1927.

OBSERVATION IV

Il s'agit d'une observation de tuberculose pulmonaire que nous a communiqué avec tant d'obligeance et de bonté M. le Docteur Urbain GUINARD.

M^{lle} F... Marthe, âgée de 24 ans, cesse de travailler, pour toux et fièvre, en avril 1925. Elle entre à Bligny, en pleine poussée fébrile, le 31 juillet 1925. Le simple examen radioscopique permet de constater trois images annulaires principales, rétractiles à la toux, situées région moyenne droite, s'accompagnant à l'auscultation de signes humides très étendus. Expectations abondantes. Des B. K. sont décelés à raison de 8 à 10 par champ. Etat général médiocre. Poids : 46 k. 600.

La malade est mise en observation. Le repos absolu au lit est imposé, la température restant au voisinage de 38°5 le soir.

Le 11 septembre, une radiographie faite, qui confirme les signes radioscopiques notés à droite, montre de l'infiltration du lobe supérieur gauche, avec une image lacunaire probable, région sous-claviculaire externe, et dénote une tendance à l'attraction cardio-médiastinale vers la droite (schéma 1 d'après radio, 11-9-25).

Devant l'impossibilité d'une intervention et la persistance de l'évolution, le placement à l'hôpital est envisagé. Toutefois, quelques constatations favorables conduisent à retarder momentanément, la sortie de la malade : amélioration de l'état général, augmentation de poids de 2 kilos en quarante jours, malgré l'hyperthémie ; diminution des expectations ; fonctions digestives excellentes.

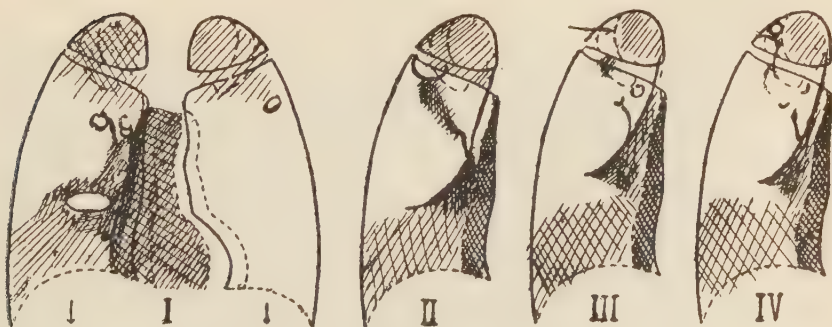
La température se maintient au-dessus de 38° jusqu'à la fin de septembre, reste instable durant octobre,

se fixe à la normale à partir de la deuxième quinzaine de novembre.

L'augmentation de poids est, à ce moment-là, de 10 kilos. La malade quitte la chambre. Entrant dans la catégorie des *améliorables*, elle est gardée au Sanatorium.

Dès le début de décembre, les B. K. disparaissent des expectorations. Les crachats ne sont plus qu'au nombre de dix en moyenne par jour, et sont constitués par de la salive, pour une bonne part.

Un film radiographique tiré le 31 décembre, montre une image cavitaire, région claviculaire droite, et l'accentuation des phénomènes de rétraction pulmonaire (image trachéale visible). Les images lacunaires décelables sur le premier film ne se retrouvent pas (schéma II, d'après radio 31-12-25). Stéthacoustique-



Schémas de repérage des images annulaires
établis d'après les films originaux.

ment, des craquements persistent, mais sont uniquement localisés au voisinage de la pointe de l'omoplate.

Depuis janvier 1926, M^{lle} F..., n'a pas cessé de s'améliorer.

Les champs pulmonaires se sont pour ainsi dire nettoyés. Eperon hilair substitué à l'image cavitaire la

plus grande primitivement (schémas III et IV d'après radios des 8-3-26 et 16-4-26).

Depuis cinq mois, plus aucune élévation thermique ne s'est produite.

L'amélioration générale et locale de M^{lle} F... Marthe s'est produite spontanément dès l'origine sans autre traitement que le repos, la mise en inactivité physique absolue, la cure hygiéno-diététique...

(Observation publiée par M. le Docteur Urbain GUINARD, dans le *Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et de Dispensaires d'Hygiène Sociale*, juin 1926).

OBSERVATION V

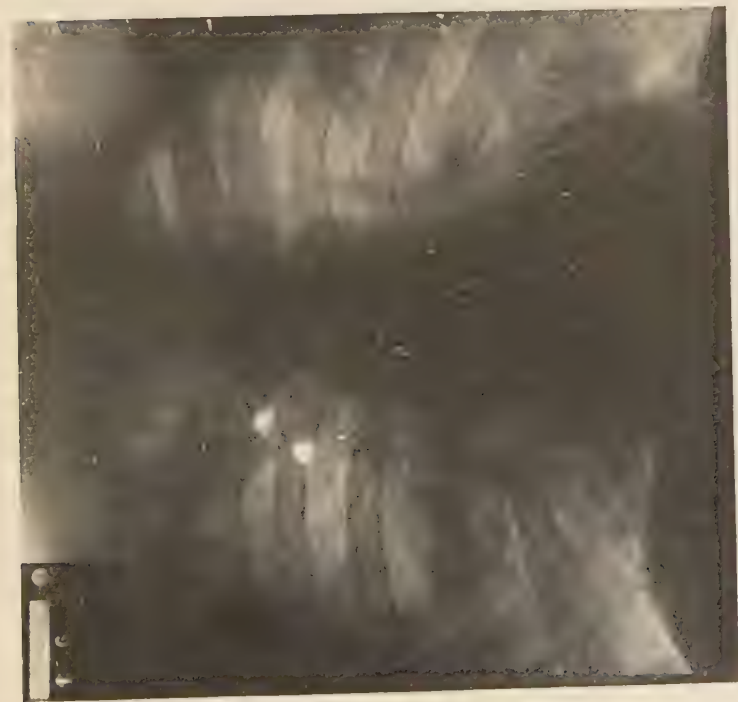
Il s'agit d'une guérison clinique et radiologique observée au Dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise).

M. D... R., 37 ans, manoeuvre a présenté ses premiers symptômes pulmonaires il y a deux ans et demi : toux spasmodique, coqueluchoïde, expectorations abondantes, sueurs nocturnes discrètes, asthénie profonde.

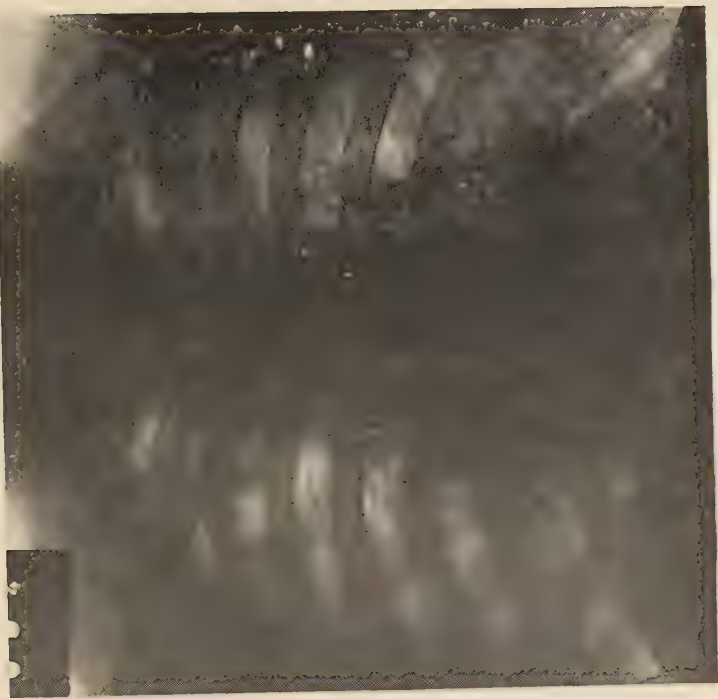
Le malade vient consulter au dispensaire à l'occasion d'un épisode hémoptoïque. La bacilloscopie est fortement positive et la radiographie faite le 1^{er} avril 1932 (voir clichés), nous montre une tuberculose ganglio-pulmonaire surtout accusée à droite.

L'auscultation révélait des craquements sous-épineux à droite, mais discrets. L'amaigrissement était assez important 7 à 8 kilos environ.

Sur les conseils de M^{lle} le Docteur Yvonne SIMON, le malade fut envoyé et admis au sanatorium de Charly dans l'Aisne, où une cure hygiéno-diététique stricte fut prescrite et suivie pendant trois mois. En raison de la bilatéralisation, le pneumothorax ne fut pas institué et contre toute attente surtout de la famille et du



M D , 17 Avril 1932



M D , 16 Fevrier 1934.

malade lui-même, l'état général s'améliora considérablement, augmentation de poids, reprise de l'appétit.

Le malade sortit du Sanatorium et reprit son dur travail de manœuvre. La bacilloscopie se révéla négative.

Une radiographie de sécurité faite le 16 février 1934 (voir cliché), montre un beau type de guérison clinique et radiologique. A l'auscultation, absence de craquements et d'autres bruits adventices. La bacilloscopie reste toujours négative et l'état général excellent.

Le malade continue à être suivi tous les six mois au Dispensaire pour contrôle radioscopique et bacilloscopique de sécurité.

OBSERVATION VI

Il s'agit là encore d'une guérison clinique observée au Dispensaire de Villeneuve-Saint-Georges (S.-et-O.)

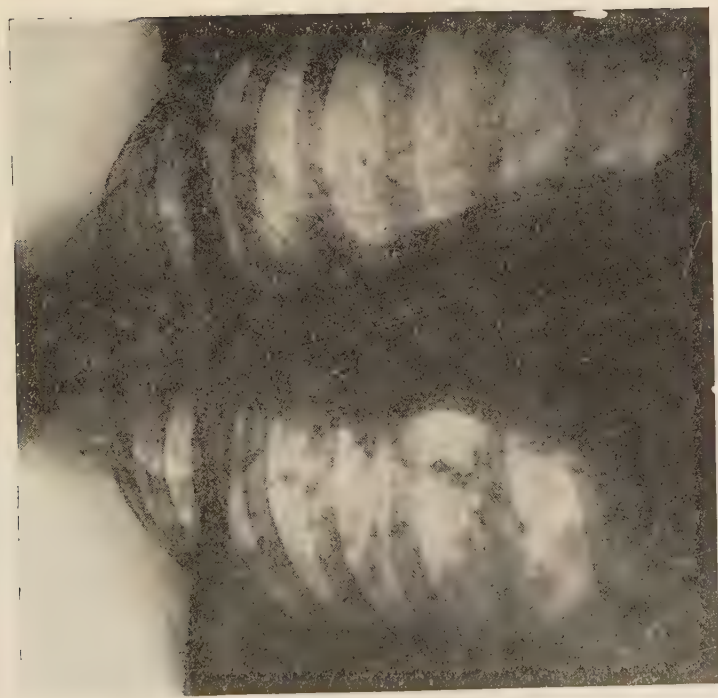
M^{lle} X..., 39 ans, infirmière visiteuse, a présenté en septembre 1914, un épisode grippal aigu à la suite duquel elle note des crachats hémoptoïques. Un médecin consulté prescrivit un traitement symptomatique aucun examen radiologique ne fut fait.

Un mois après, à la suite d'une légère insolation, hémoptysie franche, abondante qui dura deux jours. La malade resta deux jours alitée, un fléchissement brusque du poids fut constaté. La bacilloscopie recherchée se révéla positive.

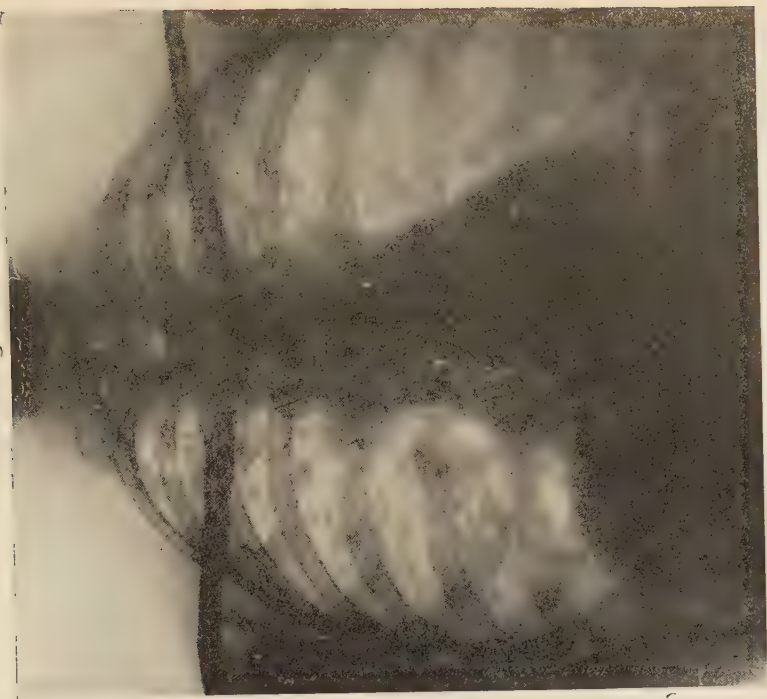
Une cure hygiéno-diététique fut prescrite. Repos absolu pendant trois mois sur chaise-longue. Amélioration nette et la malade resta sous une surveillance médicale (auscultation) pendant trois ans.

En 1918, symptômes nouveaux : hémoptysie cataméniale abondante répétées toutes les heures sans poussée fébrile qui durèrent pendant dix mois. Sous l'effet d'un traitement calcique, tout rentra dans l'ordre.

En 1929, bronchite avec température élevée et exppec-



Mlle X..., 27 Octobre 1931.



Mlle X..., 20 Février 1933.

toration abondante. La bacilloscopie répétée (homo-généisation) fut négative, mais essoufflement progressif qui s'installe.

En 1931, épisode grippal avec crachats teintés. Un examen de crachats fut de nouveau négatif et une radiographie fut faite (voir cliché). L'état général était médiocre. Un repos absolu avec cure hygiéno-diététique furent conseillés et suivis.

En 1933, une radiographie de sécurité fut faite le 20 février (voir cliché).

L'état général actuel est parfait et la malade assure son travail quotidien d'infirmière visiteuse, parfois très pénible. La guérison clinique nous semble donc démonstrative.

OBSERVATION VII

M^{lle} Andrée N..., 19 ans, a présenté les premiers jours de novembre 1932, un épisode grippal aigu.

Le 7 novembre, épisode hémoptoïque avec instabilité thermique.

M. le Docteur Urbain GUINARD qui a l'obligeance de nous communiquer cette nouvelle observation fut consulté le 8 novembre et demanda aussitôt une radiographie pulmonaire dont nous vous soumettons le cliché réduit (voir clichés).

Il nous montre une préopacité du sommet gauche avec zone claire centrale. La coproscopie fut nettement positive. La bacilloscopie ne donna rien, mais l'homo-généisation ne fut pas faite.

Le 22 novembre, la malade examinée en radioscopie montre une simple obscurité de son sommet gauche.

L'auscultation est muette. Plus d'expectorations. Poids : 49 kilos.

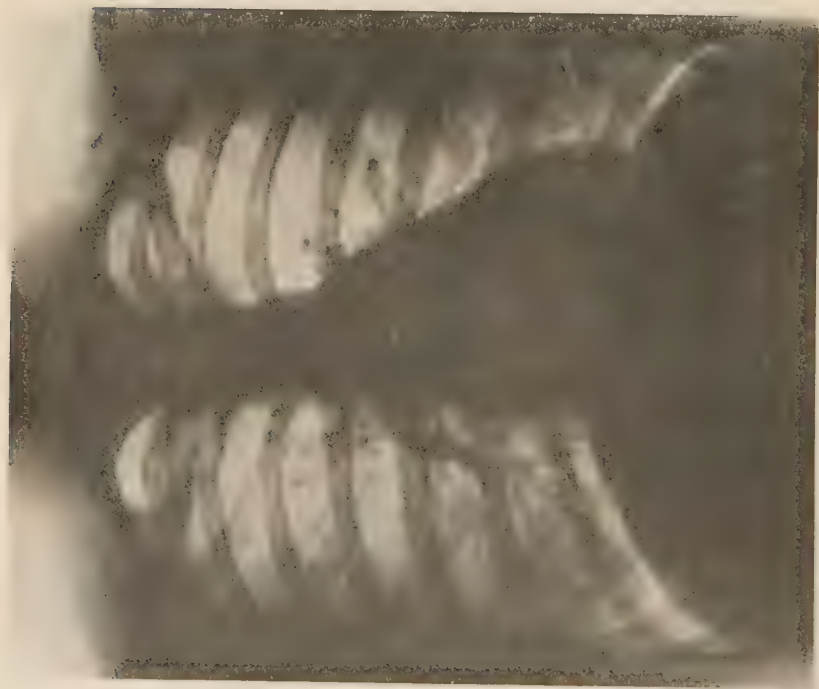
Un film redemandé confirme l'idée d'une régression



Apr 11 1932



Apr 11 1932



M^{re} N...., 3 Mars 1933.



M^{re} N...., 25 Août 1933.

spontanée par résolution vraisemblablement de tuberculose dite abortive.

L'état général est excellent. Poids : 59 kiloos.

Quatre radiographies résument cette guérison anatomique, 8 novembre 1932, 22 novembre 1932, 3 mars 1933 et 25 août 1933 (radiographie dite de sécurité). (Voir clichés).

CONCLUSIONS

I. — On observe des cas de guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire. *Natura curatrix, natura medicatrix...*

II. — Il faut, en présence d'une lésion qui n'a pas des caractères de malignité extrême, ne pas se hâter, savoir se garder de tout esprit de systématisation, de toute **thérapeutique réflexe**.

Il faut, faire un examen de conscience, se rappeler qu'il existe des formes régressives, même parmi les tuberculoses cavitaires, préciser le mode évolutif des lésions, faire des radiographies en série et des bacilloscopies à répétition. Bref, soumettre le malade à une mise en observation très serrée.

III. Si le malade présente des lésions tuberculeuses pulmonaires manifestement actives, un fléchissement suspect de l'état général, instituer pendant la mise en observation la cure hygiéno-diététique classique.

IV. — Il ne faut pas oublier que soit, spontanément, soit imposée par la thérapeutique, la tuberculose pulmonaire est susceptible de *réveils* et bien se pénétrer des paroles d'un grand biologiste de notre époque, le Professeur BORDET : « La vie est le maintien d'un équilibre constamment menacé. »

Donc, ne pas attendre trop longtemps et ne pas s'at-

tarder à rester dans une expectative dangereuse qui compromettrait une collapsothérapie éventuelle ou un essai de thérapeutique aurique si les probabilités de guérison spontanée ne semblent pas certains.

V. — Il ne faut pas perdre espoir même si les deux poumons sont atteints, les lésions pouvant dans certains cas être récentes d'un côté et guérir par résolution. On doit s'efforcer sans relâche de soutenir l'état général, mettre au repos le malade et se rappeler les préceptes de Jaccoud : « Luttez..., luttez toujours, « avec l'incébranlable confiance que vous pouvez puiser dans la notion de curabilité ; l'ennemi peut être vaincu, voilà l'idée mère qui doit soutenir vos efforts, « cette conviction, soyez-en certains est la première « condition de succès, car le manque de foi engendre « l'inertie... ».

Vu : LE DOYEN :
G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
F. BESANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate (Paris, 1815).

JACCOUD. — Curabilité et traitement de la phtisie.

JACQUEROD. — Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire (Masson, 1925).

GIRAUD. — Précis de phtisiologie (Doin, 1933).

Léon BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire (Masson, 1931).

Urbain GUINARD. — Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire (Maloine, Thèse Paris, 1925).

— Contribution à l'étude de la notion d'évolution et de la notion d'activité (Masson, *Revue de la Tuberculose*, avril 1928).

— La bacilloscopie quotidienne. Contribution à l'étude de la tuberculose dite fermée (Masson, *Revue de Phtisiologie*, août 1927).

— De la valeur pronostique de la bacilloscopie répétée (Masson, *Revue de la Tuberculose*, juin 1926).

BURNAND. — La guérison de la tuberculose pulmonaire (Baillière, 1923).

GUETSCHIEL. — Guérison de la tuberculose pulmonaire (Thèse, Lyon, 1902).

LE SÈVE. — Guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses (Thèse Paris, 1926).

WOHLERS. — Guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses (*Annales de Médecine*, novembre 1930).

- GUÉRIN. — Importance de la réaction de VERNES-résorcine dans le dépistage des vrais et des faux tuberculeux (*Archives de l'Institut prophylactique*, Tome v, n° 3, 1933).
- PRUVOST. — Les pneumothorax inutiles (*Monde Médical*, mai 1933).
- AMEUILLE-LEJARS. — Les infiltrats précoces labiles (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, février 1933).
- AMEUILLE-RIST. — La pneumonie tuberculeuse (*Paris Médical*, janvier 1922).
- ODIER. — Les formes curables de la tuberculose du nourrisson (*Thèse Paris*, 1927).
- PASQUET. — Formes curables de la tuberculose évolutive du nourrisson (*Thèse Paris*, 1927).
- BRAUN. — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux (*Thèse*, Paris, 1911).
- AUPINEL. — Processus curatif spontané de la tuberculose (*Thèse Paris*, 1895).
- CARDIS. — Le médecin de sanatorium doit-il faire ses pneumothorax aussi vite que possible ? (*Rev. de la Tuberculose*, 1928).
- HAUTEFEUILLE. — Effacement des granulations tuberculeuses du poumon démontré expérimentalement chez l'animal par CALMETTE et GUÉRIN (*Thèse Paris*, 1926).
- LE ROCHAIX. — Dextrocardies par sclérose pulmonaire (*Thèse*, Paris, 1929).
- BEZANÇON. — Maladies de l'appareil respiratoire (*Précis de pathologie médicale*, MALOINE, 1931).
- RIEUX. — La tuberculose pulmonaire latente (DOIN, 1926).
- SERGENT. — Nettoyages radiologiques (*Revue de la Tuberculose*, juin 1927).

BERNARD, DE POTTIER et THOMAS. — Sommets tuberculeux et sclérose pulmonaire non évolutives (*Presse Médicale*, juillet 1925).

RIST. — La tuberculose pulmonaire, 1927.

JACQUEROD. — Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire (PAYOT, 1932).

Imprimerie spéciale de la Librairie Le François,
91, boul. Saint-Germain, Paris-6^e
